FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N° 95

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert, Joseph MENIER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Juin 1935, à VIROFLAY (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

FORMES TROMPEUSES, PSEUDO-INFLAMMATOIRES DES CANCERS DU TESTICULE

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538118_0021

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Robert, Joseph M E N I E R

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Juin 1935 à VIROFLAY
(Seine-et-Oise)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

FORMES TROMPEUSES, PSEUDO-INFLAMMATOIRES DES CANCERS DU TESTICULE

-:-:-

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

Iº- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L) BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	DOGNON (A) DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie medicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		F. de GAUDART d'ALLAINES

	MM.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L)
(Cochin	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

	MM.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) GOUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS(Mlle P pr.s.ch. ABELANET (R) BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	DEROBERT (L)pr.s.ch.
	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
	HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Obstétrique	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
	MORIN (P)
	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P)
	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R)
	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J)
	PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y)
	LAPIERRE (J)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	(Cl.de)GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale	NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exctique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK(J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physique médicale	CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A.)m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère.

A Monsieur le Professeur CORDIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale à
la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Chirurgicale,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter
la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé ABOULKER,

Qui a bien voulu me confier cette thèse.

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde admiration.

A Monsieur le Docteur VETTERWALD,

Qui m'a guidé et conseillé.

Qu'il trouve ici l'expression
de ma profonde reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

Monsieur le Professeur LEMAIRE,

Monsieur le Professeur MOULONGUET,

Monsieur le Professeur COSTE,

Monsieur le Professeur ETIENNE BERNARD,

Monsieur le Professeur MICHAUX,

Monsieur le Docteur BOLGERT,

Monsieur le Professeur GRASSET,

Monsieur le Docteur Le MELLETIER,

Monsieur le Docteur SARRADIN,

Monsieur le Professeur ABOULKER,

Monsieur le Professeur HAMBURGER.

FORMES TROMPEUSES, PSEUDO-INFLAMMATOIRES DES CANCERS DU TESTICULE

-:-:-

- I -

INTRODUCTION

-:-

Dans sa forme habituelle, le cancer du testicule est parfaitement latent au début de son évolution, n'entraînant ni troubles fonctionnels ni altération de l'état général.

Parfois il est découvert très tôt, fortuitement par le malade lui-même, ou par son médecin au cours d'un examen médical complet qui doit explorer de principe le contenu scrotal avec minutie, en présence d'un petit noyau ou seulement d'une zone du testicule qui diffère du reste de la glande :

- par une modification de la consistance, habituellement plus dure,
- ou par une perte à ce niveau de la sensibilité élective du testicule.

Cette atteinte limitée et strictement testiculaire doit faire suspecter le cancer, surtout chez un sujet jeune.

Ainsi que le dit COUVELAIRE, aucune lésion, hormis le cancer, ne donne une lésion aussi réduite, aussi isolée, aussi anodine en apparence.

Si le doute ne pouvait être levé, l'orchidotomie exploratrice montrerait l'hypervascularisation de l'albuginée, signe sur lequel a

insisté CHEVASSU, et la biopsie de la zone suspecte avec examen histologique extemporané affirmerait le cancer.

Habituellement, le cancer est découvert plus tard, parvenu à son stade tumoral :

- chez un sujet en bon état général, qui consulte pour une sensation de gêne ou de pesanteur scrotale, ou parce que son attention est attirée par la découverte fortuite de l'augmentation de volume d'un testicule ;

- l'examen trouve un gros testicule, augmenté régulièrement de volume, ovoïde et lisse, ou bien bosselé irrégulièrement avec des zones plus dures et moins sensibles que normalement.

Ce gros testicule est isole :

- on peut pincer la vaginale, tout au plus existe-t-il une mince lame d'hydrocèle,
- on peut pincer la tête de l'épididyme et le suivre jusqu'à l'anse,
- le cordon est normal, sauf parfois la classique exagération des battements de l'artère spermatique,
- le contenu scrotal contro-latéral est normal ainsi que le toucher rectal,
- on peut alors affirmer pratiquement le diagnostic de cancer devant ce gros testicule monosymptomatique, et compléter l'examen par la recherche d'une extension ganglionnaire et métastatique et par l'étude d'un éventuel retentissement hormonal (examen des seins - recherche de prolans A et B dans le sang et les urines).

Ainsi se présente le plus souvent le cancer du testicule.

Mais il est malheureusement encore trop fréquent que le médecin conclue en présence d'un noyau intra-scrotal à une banale "orchi-épididymite chronique" et se contente de prescrire un antibiotique.

Par ailleurs et c'est ce qui nous intéresse ici, il est des cas où l'examen le mieux conduit ne permet pas de suspecter le cancer ou tout au moins de l'affirmer et fait croire à tort à un processus inflammatoire ; de telles formes trompeuses sont bien connues, cependant la survenue récente de plusieurs cas semblables dans le service du Professeur ABOULKER et les conseils du Dr. VETTERWALD nous ont fait reprendre ce sujet et essayer d'en classer les différents aspects.

Nous envisagerons donc les cancers se présentant par un tableau d'orchi-épididymite aiguë, masse intra-scrotale douloureuse avec peau scrotale rouge, chaude, oedématiée, réagissant plus ou moins bien à un traitement médical,

- les cancers où la topographie particulière de la lésion entraîne l'erreur diagnostique,

- d'autres cas où le terrain, les antécédents, l'aspect local des lésions évoquent une tuberculose génitale.

- également d'autres causes d'erreurs plus rares.

Nous adopterons le plan suivant :

- Exposé des observations du Service d'Urologie du Pr. ABOULKER, puis

- Quelques observations glanées dans la littérature et retenues pour des étiologies particulières d'erreurs de diagnostic,

- puis un chapitre où nous essaierons d'envisager pourquoi ces cancers ont une symptomatologie atypique,

- puis un chapitre de diagnostic différentiel où nous envisagerons les éléments de clinique, d'anamnèse et de biologie susceptibles d'éviter ces erreurs de diagnostic,

- enfin une brève conclusion,
- et la bibliographie.

-:-

- II -

OBSERVATIONS

-:-

Observation n°1 : malade du Dr. VETTERWALD

Mr.W... Lazare, 49 ans.

22.3.1954 Envoyé pour "orchite gauche" ; début soudain il y a dix jours par douleur scrotale et du flanc gauche ; a présenté un accident analogue il y a quelques mois. Les troubles ont cedé sous l'influence de la Pénicilline.

Pas de T°. A l'examen, augmentation en masse du testicule et de l'épididyme gauche ; gros cordon induré ; tout est normal à droite. T.R. : 0. Un peu de pollakiurie. Antécédents : gonococcie. Ex. H.B. de l'urine : pus, strepto, staphylo. Trait.: streptomycine.

8.10.54 : La masse avait presque complètement diminué ; elle a récemment repris du volume. Pas de T°. Douleurs inguinales et iliaques. Le malade refuse l'intervention proposée. 10 g de streptomycine.

20.10.: amélioration considerable ; la masse a diminué, mais les limites entre épididyme et testicule demeurent imprécises.

3.1.1955 : Depuis la dernière consultation, a présenté deux autres poussées. Tt.(médecin traitant) pénic. auréo.

Adressé au Pr. ABOULKER qui ne conseille pas l'intervention.-Opéré néanmoins le 21.11.1955 devant la reprise des symptômes. "Testicule extrêmement dur, cordon énorme, épididyme infiltré avec kyste. Castration. Suites normales.

Anapath. (J.CHOME) : volumineux testicule à l'intérieur duquel il existe de vastes plages de nécrose totale. Au microscope, séminome à remaniement très inflammatoire et nécrosé. On ne trouve pratiquement plus de structure normale du testicule".

Radiothérapie conseillée. Celle-ci, difficilement acceptée n'est entreprise qu'en avril. Cobalt 6.000 r.

Maigrit, troubles digestifs. Masse paravertébrale ganglionnaire. (8/55). En oct.55 : métastase pulmonaire. Oedèmes.

Mort en janvier 1956.

°°°

Observation n°2

Mr.H... Alain, 60 ans, consulte à Lariboisière dans le service d'Urologie du Pr. ABOULKER le 3.7.1958 pour une augmentation de volume de la bourse droite.

- Sans antécédent traumatique ou infectieux,
- sans fièvre, ni douleur,
- sans signes urinaires,
- sans amaigrissement.

A l'examen, l'épididyme droit, très augmenté de volume, coiffe le testicule en cimier

de casque, et est en voie d'adherence.

- Cordon : déférentite sans funiculite.
- Toucher rectal : petits noyaux de prostatite à la base de la corne droite.

Le malade reçoit un traitement anti-infectieux et revient en consultation le 12.7.1958; il est alors noté :

- Epididyme encore tres gros, avec probablement réaction testiculaire.
  Déférentite

Et le malade est admis le 15.7, pour "orchi-épididymite droite".

Examen à l'entrée dans le service :

- Bourse gauche : contenu normal
- Bourse droite : - peau distendue
  - testicule énorme, dur, avec zone ramollie à sa partie inférieure
  - épididyme faisant corps avec le testicule ; il n'y a plus de sillon.
- Cordon très augmenté de volume, oedématié.
- Toucher rectal : prostate un peu augmentée de volume, petit noyau dur à droite.
- L'intervention, castration unilatérale, est ainsi pratiquée:

- légère hydrocèle, gros testicule auquel est attenante une grosse tumeur dure. Ablation avec le cordon.

Le lendemain, le malade fait un érythème allergique, dû aux antibiotiques qui sont interrompus.

Compte-rendu histologique :

Séminome indifférencié, de type spermatogo-

niome, avec envahissement peripherique et embolies lymphatiques.

Le malade avait été traité en 1956 à l'Institut Gustave-Roussy pour une localisation palatine de type lympho-sarcomateux.

o
o o

Observation n°3 - Cas personnel du Dr. F. VETTERWALD

F... Bruno, 30 ans.

14.11.1959 : Envoyé pour douleurs de la fosse iliaque gauche irradiant vers le testicule qui est gonflé et dur ; ceci a débuté il y a quinze jours après un effort ; douleur brutale, mais l'augmentation de volume n'a été que progressive. Subfébrile.

A l'examen, l'augmentation de volume semble porter sur l'epididyme qui paraît très volumineux et dur. Déférent normal. T.R.: O A droite, normal. Mais les limites du testicule gauche sont imprécises. Ex.H.B.: colibacilles. Traitement : Terramycine et Cortancyl.

1.12.1959 : Même aspect, mêmes douleurs ; la masse où il est difficile de distinguer le testicule de l'épididyme, reste dure. L'intervention est proposée,

7.12 : Incision scrotale : l'albuginée est très vascularisée ; c'est une tumeur du testicule ; castration.
Suites simples.

Anapath. (Dr.CHOME) - Association d'un séminome et d'un adénocarcinome du testicule, avec plages de nécrose ; on retrouve des éléments migrateurs dans le tissu conjonctif du cordon.

5.1.1960 : Va bien ; radiothérapie conseillée. Celle-ci n'est pas acceptée en totalité ; le malade interrompt de lui-même son traitement alors qu'il n'a reçu que 2.400 r. Rien ne peut le décider à poursuivre ; il reprend son travail de maçon.

Revu en octobre 1960 - Ne va pas bien ; accuse des douleurs lombaires ; des clichés du rachis sont normaux.

Pas de masse abdominale perceptible. Perdu de vue depuis lors.

o°o

Observation n°4 -

Mr. Ph... Maurice, 22 ans

En octobre 1952, début par une "orchi-épididymite" : douleur au niveau du testicule droit, apparaissant uniquement à la pression, entravant la marche, mais bien localisée, sans irradiations.

Testicule droit un peu augmenté de volume, de consistance dure, scrotum rouge, déplissé. Malade fébrile. Le traitement médical n'a pu être précisé par le malade ; la douleur disparaît en 10 jours, progressivement. Port d'un suspensoir.

- En février 1953, réapparition de la douleur, intense. Remet son suspensoir. La douleur disparaît complètement en 2-3 jours.

complètement en 2-3 jours.

- En avril 1953, douleurs lombaires droites et gauches, à irradiations descendantes, vers l'abdomen, et l'os iliaque, mais pas dans les bourses.

Le médecin consulté parle de coliques néphrétiques, prescrit des suppositoires (que le malade ne peut préciser) ; les douleurs disparaissent complètement après 10 jours.

- En juin 1953 : reprise des douleurs lombaires à gauche. Le médecin consulté fait le rapprochement avec l'orchi-épididymite d'octobre 1952 et conseille l'hospitalisation.

- En juillet 1953 : syndrome douloureux abdominal, intéressant le bas ventre, avec irradiation lombaire gauche. Apyrétique.

A l'examen : points urétéraux gauches douloureux et testicule droit gros, dur, très empâté, avec épididyme douloureux et également dur. Le cordon semble normal.

Le malade est admis à St-Louis, dans le service du Professeur ABOULKER. Le malade a maigri : depuis quelques mois.

Le 16 juillet 1953 : Castration droite. Testicule présentant plusieurs bosselures dures. Epididyme normal.

Anatomie pathologique : tumeur de type Wolffien, avec grosses zones de nécrose.

Envahissement massif. Très nombreuses monstruosités cellulaires. Tumeur à forte malignité.

Epididyme non atteint.

Sort le 25.7.1953.

Admis à nouveau le 6.8.53 pour douleurs lombaires et inguinales bilaterales depuis quelques jours.

- En octobre 1953, le malade se plaint toujours d'une douleur continue de la fosse iliaque gauche, avec irradiation basse.

Le 15.1.1954 le malade se fait hospitaliser dans le service du Professeur DELARUE, à Paul-Brousse.

Il décède avec une énorme tumeur métastatique pré-aortique et une efflorescence de foyers métastatiques pulmonaires.

o°o

Observation n°5

Mr. Se... Georges, né en juillet 1935, consulte en août 1961 son médecin pour une augmentation de volume du testicule droit, douloureux et induré à son pôle inférieur.

Il reçoit un traitement à l'hydrocortisone, et est déclaré "guéri" au bout de huit jours.

- En janvier 1962, de nouveau il consulte pour une nouvelle augmentation de volume de son testicule, mais cette fois indolore.

Puis apparaît une douleur articulaire sacro-lombaire et des articulations sacro-iliaques.

Il consulte encore son médecin en février 1962, celui-ci prescrit huit jours de traitement à l'hexacycline et au cortancyl ; mais ce traitement n'est suivi d'aucune ré-

gression de volume de la tuméfaction, ni d'aucune sédation des douleurs sacrées.

Le 2 mars 1962 : le malade ressent une oppression thoracique. Dans la nuit du 2 au 3, il est très dyspnéique et est admis à Cochin, dans le Service du Pr. ABOULKER. Le 3 mars, il est en insuffisance respiratoire aiguë et est fébrile (39°4). Le 5 mars il a 38°5 et respire mieux.

- A l'examen : testicule droit augmenté de volume, dur. Peau en regard rouge et luisante. Au toucher rectal, lobe prostatique droit un peu hypertrophié.

Une radiographie pulmonaire montre un "lâcher de ballons".

- N.G.F.S. : 15.600 leucocytes, dont 80 p.cent de polynucléaires neutrophiles.

- Le 6 mars : rein droit radiologiquement exclu

- Le 8 mars : on entreprend un traitement au méthotrexate, arrêté le 15 : 198.000 plaquettes.

- Le 23 mars : castration.
On doit par la suite prescrire souvent des analgésiques et des tranquillisants.

- Le 10 avril 1962 : le malade entre dans sa famille en très mauvais état général.

- Phosphatases acides
  - totales : normales
  - prostatiques : normales

- Recherche de prolans B : réaction de Friedman sur Lapine:

- positive au-dessus de 200 U Lapine sur urines
- positive à 10.000 U Lapine sur sérum.

Anatomie pathologique : tumeur volumineuse très nécrosée et hémorragique, faite de nodules juxtaposés de cellules peu différenciées, mais comportant d'importantes plages syncitiales. Il s'agit donc d'un chorio-épithéliome, avec extension intra-vasculaire au niveau de l'anse épididymo-déférentielle.

o°o

Observation n°6

Ait - M... Madjid, Nord-Africain de 26 ans, manoeuvre, est adressé à la consultation d'Urologie du Service du Pr. ABOULKER le 23.5.1956 pour "épididymite droite", par le service du Dr. de GRACIANSKI. Le début semble remonter à deux mois, par des douleurs dans l'aine droite, irradiant dans la fosse iliaque et la fosse lombaire droites. Il n'y a pas de fièvre, ni altération de l'état général. Il a éte hospitalisé pendant 3 semaines à Bobigny, où a été entrepris un traitement au P.A.S. IV. L'observation note même qu'il y a eu amélioration. Mais le malade sort au bout de 3 semaines, le P.A.S est interrompu de ce fait, et les douleurs de l'aine droite réapparaissent. C'est alors qu'il consulte à St-Louis et est envoyé dans le service. Lorsqu'il est vu à la consultation du Service, le scrotum est rouge dans sa moitié droite, il a une volumineuse masse intra-scrotale droite dont la nature testiculaire ou épididymaire ne peut être affirmée, et des douleurs scrotales.

La castration droite est pratiquée le 28.5.1956. Les opérateurs découvrent une masse tumorale blanche, dure, dans laquelle on ne reconnaît pas les élements normaux.

Il sort le 14 juillet en bon tat géneral.

Compte-rendu histologique : Séminome partiellement remanié par des bandes de fibrose plus ou moins dense et inflammatoire. On trouve de larges plages de nécrose ischémique et inflammatoire. L'épididyme est envahi par la tumeur qui respecte cependant certains tubules excréteurs qui permettent de reconnaître l'organe. Donc séminome inflammatoire et nécrotique.

o°o

Observation n°7

Mr.L... Gabriel, 34 ans, observe, environ neuf mois avant son admission dans le service du Pr. ABOULKER, à Cochin, une legère augmentation de volume de son testicule gauche, qui est dur. Lors de la visite annuelle de la Sécurité Sociale en septembre 1961, il signale ce fait et déclare éprouver une légère gêne dans son travail, et dit n'avoir aucun antécédent urinaire. Le médecin de la Sécurité donne au malade une lettre pour consulter dans le Service, dans laquelle il écrit :

"Tuméfaction scrotale gauche, que je pense être une orchite. Vu l'indolence, la participation épididymaire, et un leger amaigrissement (3 kg), je me demande s'il s'agit d'une origine tuberculeuse". Le malade ne consulte qu'en fin février 1962 avec cette lettre, en

raison d'une brusque augmentation de volume du testicule du jour au lendemain avec sensation de pesanteur pelvienne, mais sans douleur vraie. Il est admis le 27 février. L'examen fait à l'entrée note :

- Prostate normale
- Augmentation de volume du testicule et kyste de l'épididyme ou hydrocèle
- Dosage de gonadostimulines urinaires : Elimination par 24 heures en U souris > 100 US normale 5-25 U.S

Le 2 mars : urographie intra-veineuse normale.

Intervention le 6 mars 1962 :

- Castration : gros testicule
- Au-dessous de la veine rénale gauche, très volumineuse adénopathie, du volume de deux poings, adhérant en avant au péritoine pariétal postérieur. Uretère libre - La masse adhère à l'aorte et à la veine cave inférieure. On renonce à son ablation.

Anatomie pathologique :

- tumeur très volumineuse presque entièrement nécrosée et hémorragique, histologiquement constituée dans les rares plages conservées, par la juxtaposition de nappes de cellules peu différenciées et de tubes glanduliformes à bordure cylindrique claire.

Dysembryome à composante trophoblastique.

o°o

Observation n°8

R... Henri, 37 ans.

Admis par le Dr. GIARD, pour masse du testicule gauche.

a - Histoire de la maladie :

- En fin 1959, l'attention du malade est attirée par des douleurs, une augmentation de volume du contenu scrotal et une hydrocèle.

- Un culot urinaire, et un examen cytobactériologique sont normaux.

Il n'interrompt pas son travail et suit un traitement à l'INH, 400 mg/jour, pendant onze mois.

Les troubles rétrocèdent quelque peu.
Le malade ne se fait pas examiner de crainte de devoir interrompre son travail. Ayant eu un antécédent de tuberculose pulmonaire, l'on a pensé à une tuberculose génitale et traité en conséquence.

Il interrompt l'INH en fin 1960, car il estime être stabilisé. Il persiste un noyau induré de la queue de l'épididyme, strictement isolé pendant l'année 1960.

- En 1961, après arrêt du traitement à l'INH, à nouveau augmentation progressive de volume du contenu scrotal avec douleurs, "lourdeurs", sensation de tiraillement dans l'aine.

- Fin octobre 1961 : B.K. négatif dans les urines à l'examen direct, mais il n'y a jamais eu Loewenstein ni Cobaye.

- Reprend alors l'association :

- INH 500 mg
- Trécator 850 mg

- Une U.I.V. est faite, qui est normale.
- Un chirurgien consulté fait continuer l'antibiothérapie.

Février 1962 : apparaissent des douleurs périnéo-urétrales entre les mictions ; état local inchangé ; revoit son chirurgien qui propose une intervention ; vient alors à Paris, dans le service du Pr. ABOULKER

b - Antécédents

Tuberculose pulmonaire en fin 1947, traitée par collapsothérapie droite en mars 1948 avec section de brides. Pneumothorax entretenu jusqu'en 1952.

Guérison affirmée en 1952.

c - Examens :

- contenu scrotal gauche augmenté de volume
- cordon : semble normal
- épididyme difficile à individualiser
- testicule : 3 noyaux, un antérieur, deux polaires, très indurés, volumineux, sans limite nette.
- T.R. : négatif.

- Intervention le 3 mai 1962, hémicastration gauche par le Dr. VETTERWALD.

C.R.O. Incision inguino-scrotale ;
A l'ouverture de la vaginale, testicule gros, bosselé, albuginée hypervascularisée.
- Ligature du cordon à l'orifice inguinal externe.
Castration. Hémostase. Fermeture sans drainage.

C.R.H.
Volumineuse tumeur ne respectant qu'une mince

coque de tissu testiculaire presque entièrement scléreux, tumeur peu nécrotique et non hémorragique.

Faite de lobules juxtaposés de taille variable, contenant des plages uniformes de grandes cellules homogènes à gros noyau clair.

- Discrète infiltration lymphoïde du stroma
- Pas d'invasion du cordon
- Séminome du type goniome.

°°°

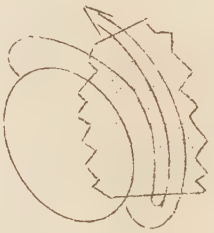
Observation n°9

Ge... Marino, plâtrier, 35 ans

Envoyé par son médecin traitant à la consultation du service, pour une tumefaction scrotale gauche qu'il a découverte cinq jours plus tôt : en se baissant, il a ressenti une douleur testiculaire, au cours d'un effort, et a découvèrt l'anomalie au palper. Sa femme s'était aperçue depuis deux, trois ans que "son testicule gauche était différent de l'autre".

A la consultation :

Droit



Gauche

Masse indurée indolore, semblant adhérer au testicule, sur le trajet de l'épididyme.

- T.R. : prostate normale
- Urines claires + filaments dans le 1er verre
- U.I.V. du 11 avril 1962 : morphologie normale. Le Dr. OURSIN pense à une épididymite tuberculeuse et fait hospitaliser dans le service.

Examen cyto-bactériologique des urines : pas de germes.

Admis le 16 avril 1962
Antécédents : séquelles de pleurésie droite découverte en 1958.

Depuis 10-15 ans, pollakiurie nocturne : 3-4 mictions par nuit.

Jamais de brûlures mictionnelles.

Le 19 avril 1962, on commence un traitement antituberculeux : INH - streptomycine - PAS.

- Le 26 avril : la masse testiculaire semble s'être un peu individualisée, "sans doute en raison de la fonte de l'oedème périphérique sous l'effet du traitement".

- 27 avril : intervention du Dr. CAZES -

Compte-rendu opératoire :

- Incision scrotale
- Très gros noyau de la tête épididymaire refoulant en arrière les vaisseaux spermatiques et y collant, mordant sur le testicule qu'il envahit. On enlève au maximum le noyau, mais on est forcé d'en laisser contre les vaisseaux et dans le testicule.

Hémostase soigneuse.

Suites opératoires : un hématome fait souffrir quelques jours le malade, puis se résorbe.

- Compte-rendu histologique :

Epididyme reconnaissable à sections dilatées et vides, mais surtout masse tumorale homogène, massive ; tumeur lobulée, faite de cellules identiques, volumineuses, assez claires à gros noyau, à chromatine délicate :
Spermatogoniome

Devant ce résultat, on décide une exérèse large.

°°°

Observation n°10 - Malade du Pr. ABOULKER

Mr. L... Georges - âgé de 40 ans consulte le 10.1.1961 parce que depuis un mois ½, deux mois il souffre d'une douleur dans le testicule qui a grossi.

Il y a trois jours, en position allongée, il éprouve dans le testicule une douleur vraiment gênante. Il n'avait jamais eu d'ennuis analogues.

Récemment, il y a trois semaines, infection grippale serieuse qui l'oblige à arrêter son travail.

A l'examen, au niveau du scrotum à gauche, gros nodule de la grosseur d'une noix, irrégulière, située à la queue de l'épididyme. Le canal déférent est normal. Il a remarqué cette masse depuis une dizaine de jours. La prostate est normale, on sent peut-être au niveau de la vésicule séminale gauche une

certaine induration.

On pose le diagnostic d'épididymite tuberculeuse et l'on conseille un traitement par les antibiotiques et le Rimifon.

Urographie I-V : normale

Revu le 16.3.1961 : amélioration notable. Il y a quelques jours, après un effort, le testicule aurait de nouveau grossi.

A l'examen la masse, de volume à peu près analogue, est irrégulière et on confirme le diagnostic clinique de tuberculose.

Revu le 23.1.1962 : un an après la première consultation, le malade se sent amélioré par le traitement.

En mai 1961 a beaucoup souffert de l'épididyme et un médecin l'a traité par la Tétracyne-Oléandomycine qui l'a beaucoup amélioré. Néanmoins, il note une augmentation de volume de la lésion.

Au niveau du déférent on sent un nodule.

Le 16.2.1962 : Intervention chirurgicale. Incision à la partie haute du sac scrotal à gauche. Ouverture de la vaginale.

Il s'agit d'un cancer du testicule avec deux bosselures faisant saillie sur la glande. L'épididyme est absolument sain. Vascularisation très marquée. Un autre nodule dans le pédicule testiculaire. On fait une castration haute par incision dans le canal inguinal. Castration. Mise en place d'un testicule en acrylique. Sans drainage.

Guérison opératoire.

Examen histologique : tumeur testiculaire.

Cette tumeur qui n'occupe que le quart environ de la surface du testicule mais qui envahit en un point l'albuginée, apparaît nécrotique et hémorragique à la coupe.

L'examen histologique montre qu'elle est constituée par la juxtaposition de plages tumorales de morphologie variable. En certaines zones la prolifération cellulaire lobulée dans de petites logettes conjonctives infiltrées de lymphocytes est faite d'éléments volumineux à cytoplasme clair de type spermatogonique. Ailleurs, au sein d'un mésenchyme plus ou moins différencié on trouve tantôt des îlots glanduliformes, tantôt des amas cellulaires de grande taille et disposition pseudo-épithéliale.

C'est donc ici l'image d'un dysembryome malin à composante goniale et très vraisemblablement trophoplastique. Il est à noter que le cordon n'est pas envahi.

En conclusion : l'erreur de diagnostic chez ce malade a été due au fait que la tumeur testiculaire siégeait au pôle inférieur, à la partie postérieure, déplaçant l'épididyme et paraissant être un nodule épididymaire.

Enfin la constatation sans doute erronée d'une lésion de la vésicule gauche a fait faire le diagnostic de tuberculose.

Notons que l'examen cyto-bactériologique des urines était négatif et l'urographie intra-veineuse normale.

o°o

Observation n°11

Publiée par C. CHIPPAUX, A. HERVE, et J.P. DELMOND au Journal d'Urologie.

Légionnaire de 28 ans, hospitalisé avec le diagnostic d'orchi-épididymite droite, en novembre 1957.

Tout semblait étayer le diagnostic :

- le début aigu trois mois auparavant, par des douleurs, une temperature à 39°, une tuméfaction de la bourse droite.

- l'évolution sous antibiotiques; la fièvre et les douleurs avaient régressé, mais la persistance de la tuméfaction et la reprise des signes fonctionnels à l'arrêt du traitement étaient précisément les motifs de l'hospitalisation.

L'examen d'entrée révèle une tumeur intra-scrotale droite, de consistance très dure, lourde, douloureuse. On ne peut pincer la vaginale, la tête épididymaire paraît englobée dans la masse. Le cordon est irrégulier, tuméfié, douloureux, et présente un noyau de la grosseur d'une cerise.

L'ensemble est chaud. Scrotum non adhérent. La bourse contro-latérale est normale. Au T.R., prostate légèrement augmentée de volume, et un peu douloureuse à droite.

- Température 38°5.
Le reste de l'examen uro-génital et général est négatif.

- Une ponction-biopsie est faite, qui n'a ramené que du liquide hématique.

- Dosage de F.S.H. - moins de 5 unités Souris par 24 heures.

Au terme de ces investigations, le diagnostic hésite encore entre orchi-épididymite et infarctus testiculaire.

L'intervention pratiquée le 1.12.1957 découvre une tumeur testiculaire lourde et dure avec participation de l'épididyme et du cordon. Castration droite. Ligature haute du cordon au ras de l'orifice interne du canal inguinal.

Anatomie pathologique :

Carcinome embryonnaire du testicule, essentiellement épithélial, mais avec différenciation mésodermique. Au sein des éléments épithéliaux, il existe selon les points des différenciations syncitio - trophoblastiques caractéristiques. Très importantes embolies vasculaires au niveau du cordon.

Ce diagnostic de chorio-épitheliome est consolidé par une réaction de Brouha positive.

Et les auteurs concluent que l'aspect est trompeur à un triple point de vue :

- sémiologique : participation du testicule, de l'épididyme et du cordon au processus néoplasique
- évolutif : fébrile et douloureux à typo - d'épididymite ou d'infarctus
- biologique : taux normal de prolans A.

o
o o

Observation n°12

D.J.. 31 ans, malade de D.A. CULP, avait remarqué deux mois et demi avant son admission une sensibilité douloureuse du testicule droit ; six semaines avant l'admission, le contenu scrotal droit commence à augmenter de volume et devient très douloureux.

A l'examen : contenu scrotal de dimensions anormales, tendu, rouge et sensible. Impression d'épididymite droite au palper.

Numération globulaire : 14.450 leucocytes/mm^3 - U.I.V. : normale.

Pas d'anomalies pulmonaires. Le malade fut traité pour épididymite aiguë et fait sortant. Il revient à l'hôpital non amélioré et ayant perdu du poids. Cette fois impression de tumeur testiculaire.

Réaction de Ascheim-Zondeck négative.
L'orchidectomie droite est pratiquée.
La section du testicule montrait que l'organe était entièrement compris dans un processus cancéreux.

Histologie : embryome testiculaire

Le sujet était vivant douze ans après l'intervention.

°°°

Observation n°13

Jeune homme de 20 ans, hospitalisé au Val de Grâce.

Un examen médical complet découvre une induration testiculaire alors qu'il est hospitalisé pour une sinusite. Malheureusement on s'arrête là.

En mai 1950, soit quatre mois plus tard, cette tuméfaction subit une poussée de fièvre et on parle d'orchite.

En juillet 1950, surviennent des douleurs testiculaires brusques et le malade consulte alors pour une induration et un amaigrissement de 7 kg en deux mois.

A l'examen, testicule droit tumoral, gros, dur, bosselé.

Hémicastration en juillet 1950, suivie de radiothérapie.

Syndrome métastatique aigu en fevrier 1951, décès en avril 1951.

Histologie : épithélioma wolffien, dont les travées apparaissent au sein de très larges plages de nécrose.

°°°

Observation n°14 citée au Journal d'Urologie par M.P. PERRUCHIO

M... Georges, 37 ans, est hospitalisé pour gros testicule droit.

Deux ans auparavant, un médecin avait prescrit un traitement sulfamidé pour une epididymite droite. Le gonflement de la bourse droite aurait retrocédé, tandis que disparais-

saient les algies funiculaires. Depuis ce premier épisode, les douleurs et la tuméfaction scrotale étaient réapparues plusieurs fois ; chaque fois, une cure de thiazomide amenait la sédation des phénomènes douloureux, mais la bourse ne revenait jamais à un volume normal.

Brusquement est apparu après deux ans de cette évolution un point de côté thoracique droit accompagné d'une petite hémoptysie qui fait découvrir un lâcher de ballons.

A l'examen : très gros testicule droit légèrement bosselé, présentant des zones de consistance dure, presque cartilagineuse. On perçoit difficilement la tête de l'épididyme, qui est étalée sur la tumeur. Il y a plusieurs noyaux durs dans le cordon.

- leucocytose à 12.000
- la réaction de Brouha est fortement positive
- castration en juin 1947

Quelques jours après l'intervention, le malade fait une hémiplégie droite, un syndrome d'hypertension intra-cranienne par métastase cérébrale, et meurt dans le coma.

L'autopsie retrouve des éléments plasmodiaux dans le testicule, le cuir chevelu, le cerveau et le poumon.

°°°

Observation n°15

C.P... malade vu au Val
Début à 41 ans, en janvier 1949, par un as-

pect dbrchite droite, avec écoulement urétral qui régresse grâce à un traitement antibiotique. Mais le testicule reste gros et pesant, et, en novembre 1949, soit dix mois plus tard, le testicule est induré par endroits, le cordon infiltré ; c'est alors qu'on pratique l'hémicastration, suivie de radiothérapie.

- juillet 1951, crise douloureuse inguinale et iliaque droite
- janvier 53 : douleurs en ceinture
- septembre 53 : masse ombilicale, que la radiothérapie fait fondre
- avril 54 : récidive dans l'hypocondre gauche
- décès en mai 54 : histologie:épithélioma wolffien.

°°°

Observation n°16.

Citée par CIBERT, PAPILLON, DARGENT, MONTBARBON et CHASSARD au Journal d'Urologie.

Homme de 40 ans, vu en 1946 pour des douleurs lombaires gauches. L'examen révèle un bon état général, un testicule droit normal, un testicule gauche dur et bosselé à son pôle inférieur, qui fait parler d'épididymite. L'examen des urines est négatif. L'urographie intra-veineuse montre un silence rénal gauche. Le cathétérisme urétéral gauche est impossible. Le malade est opéré le 1er juin 1946 avec le diagnostic de tuberculose rénale gauche. La néphrectomie montre une tumeur développée autour du hile rénal englobant l'uretère, déterminant une dilatation hydronéphrotique de tous les calices. L'his-

tologie révèle une métastase de séminome.

Une castration gauche est alors pratiquée ; sur la pièce existe un nodule néoplasique de la taille d'une noisette au pôle inférieur, ce qui explique qu'on l'ait pris pour une épididymite.

Décès en janvier 1947, malgré la radiothérapie post-opératoire.

°
° °

Observation n°17

publiée par LANGE et BALLANGER

M.F.. 25 ans, présente au premier examen un noyau dur du pôle inférieur du testicule droit, qui paraît difficile à distinguer d'un noyau d'épididymite tuberculeuse. Un deuxième examen refait systématiquement quelques jours plus tard laisse une telle suspicion sur le siège intra-testiculaire du noyau, qu'on décide une orchidotomie exploratrice immédiate. L'opération confirme le néoplasme du pôle inférieur au début. Castration suivie de radiothérapie sur les territoires lombaires ganglionnaires. Séminome qui reste guéri depuis quinze ans.

°
° °

Observation n°18 publiée par les mêmes auteurs que les trois précédentes.

M.N... 27 ans, est admis d'urgence pour un

syndrome douloureux abdominal, ressemblant à une colique néphrétique gauche ; à l'examen, on perçoit une masse lombo-abdominale profonde et gauche ; mais, à la pyélographie, rein et uretère gauches, de morphologie intern normale, sont nettement repoussés en dehors par la masse prévertébrale révélée par la palpation. Il s'agit probablement d'une volumineuse masse ganglionnaire, car il existe par ailleurs une adénopathie sus-claviculaire gauche assez développée. La biopsie d'un ganglion accessible révèle un "épithélioma atypique" sans que l'histologie puisse en préciser l'origine. A la radiographie pulmonaire, c'est l'image classique en "lâcher de ballon", de métastases pulmonaires des deux côtés. La palpation très attentive des testicules finit par mettre en évidence, du côté gauche, un petit noyau à peine plus gros qu'une petite cerise, dans le pôle supérieur; le malade nous apprend alors que, six ans plus tôt, pendant son service militaire, on avait déjà noté ce noyau, étiqueté "épididymite chronique".

La castration suivie de vérification histologique découvre un épithélioma embryonnaire au niveau de ce petit noyau.

Décès 2 mois plus tard, de métastase cérébrale.

° ° °

Observation n°19 de MELICOW

Malade de 34 ans. Consulte pour une douleur qui dure depuis cinq semaines et une augmentation de volume du côté droit du scrotum. Cette tuméfaction avait diminué progressivement et était maintenant localisée à la partie supérieure du testicule et de l'épididyme. La zone était nodulaire et seulement légèrement sensible. Une petite lame d'hydrocèle était aussi présente. Tous les urologues sauf un rejettent l'hypothèse de tumeur du testicule et diagnostiquent une tuberculose épididymo-testiculaire. Par surcroît, la section de la masse après orchidectomie révèle une nécrose de type caséeux qui appuie cette hypothèse. Le déférent est normal. L'histologie révèle un séminome qui a débuté au pôle supérieur du testicule et comprimé l'épididyme. Le canal déférent était indemne.

°°°

Observation n°20

M... 28 ans, subit au Val une épididymectomie droite pour "épididymite chronique" en 1951. Il s'agissait d'une tuméfaction bosselée du volume d'une petite noix de la queue de l'épididyme, sans prostato-vésiculite. La lésion avait été constatée et traitée par 45 g de streptomycine, huit mois auparavant. Le chirurgien ne constate ni lésion testiculaire, ni vascularisation anormale, mais demande l'examen histologique de l'épididyme non caséeux.

Réponse : séminome. Castration droite un mois plus tard. Pièce en main, on décèle une discrète induration sous-hilaire correspondant, à la coupe, à une petite zone de densification blanchâtre ponctuée de deux nodules lenticulaires rouge brun.

Histologie : séminome.

°°°

Observation n°21

RABOISSON, à Madagascar, rapporte un cas de tumeur pédiculée du testicule, de la taille d'une noisette, évoquant un noyau de la queue de l'épididyme. Or, il s'agissait d'un séminome.

°°°

Observation n°22

Publiée en 1952 par O.J. JENSEN.

Homme de 41 ans, vu pour la première fois le 5 octobre 1948, pour un petit nodule du testicule gauche. Le patient n'avait noté aucun changement dans les dimensions ou la consistance de cette masse depuis deux ans. L'examen montrait seulement une masse ronde, ferme, de 1,5 cm de grandeur, au pôle inférieur du testicule gauche, séparée à la fois de l'épididyme et du testicule, sans adhérences à la peau, et non sensible. Pas de signes biologiques. Pas d'anomalies sur la radiographie thoracique.

L'exploration du contenu scrotal gauche

révèle un petit nodule rond, gris, de 1,5 cm, situé entre testicule et épididyme, entièrement séparé des deux, avec une capsule propre. La tumeur est enlevée sans difficulté. Il n'y avait ni adhérences, ni invasion, et elle ne fut pas considérée comme maligne.

Histologie : tératome avec adéno-carcinome. Une ligature haut située sur le cordon fut alors pratiquée, et cordon, épididyme et testicule furent enlevés. Une attentive recherche anatomopathologique ne put mettre en évidence de tumeur au niveau du testicule ni de l'épididyme. Pas de radiothérapie. Le patient est bien portant et semble indemne de métastases trois ans après l'orchidectomie.

°°°

Observation n°23

Malade de l'Institut Gustave-Roussy

D.J... Début apparent à 29 ans, par un nodule extra-testiculaire, du volume d'un haricot, restant indolore inchangé de taille pendant un an. Il augmente alors brusquement de volume. On porte le diagnostic d'épididymite en Province et on traite par INH - PAS - On ponctionne la masse qui a alors le volume d'une noix - Ponction blanche.

Exploratrice et hémicastration droite avec ablation du nodule aberrant. Quand le malade consulte à l'I.G.R., le moignon de cordon est infiltré, il n'y a pas de métastases décelables cliniquement, ni douleurs lombaires.

Radiothérapie malgré l'histologie, et moutarde à l'azote spéciale retard.

Quelques mois après, métastases pulmonaires et coeliaques.

Histologie (coupe vue par les Pr. HUGUENIN et GOUYGOU) : dysembryome cancérisé, riche en nécrose et en hémorragies, et où prédominent les aspects embryonnaires et placentaires à type de chorio-épithéliome.

Dosage de prolans, selon la méthode Hinglais - Avril 1955 : urine et sang :
A : 520 U.R.Z.
B : 2 U.H.

juin 1955 : urine seule
A : 1.225 U.R.Z.
B : 50 U.H.

°°°

Observation n°24

Malade de l'I.G.R., ayant un antécédent de tuberculose épididymaire.

- G.P... accuse à 24 ans des douleurs testiculaires droites, puis une augmentation de volume du testicule et une adénopathie inguinale trois mois après le début. Le diagnostic de tuberculose est porté car ce malade a des antécédents pleurétiques et a fait une tuberculose épididymaire fistulisée trois ans auparavant du même côté.

Exploratrice et hémicastration.
Deux mois plus tard, adénopathies inguinales bilatérales. - Radiothérapie

Un an plus tard, métastases pulmonaires bilatérales, là encore discutées avec la tuberculose. Il décède quelques mois après leur apparition.

Histologie (Pr. HUGUENIN) : épithélioma wolffien du testicule, très nécrotique parfois.

°°°

Observation n°25 de HICKINBOTHAM, au British J.O.U.

D.B... 36 ans, est admis à l'hôpital douze jours après le début de ses troubles. Il avait d'abord noté une douleur et une augmentation de volume du testicule gauche ; celle-ci allait en s'accentuant, et la fièvre apparaît. Son médecin l'a mis au repos, et fait prendre de la sulfapyridine.

A l'examen : tuméfaction tendue, légèrement douloureuse, de la taille d'une orange, du côté gauche, et fluctuante en avant.

L'incision scrotale libère un abondant pus épais. Le testicule est nécrotique ; il est extirpé par une incision inguinale. La section montre apparemment un tératome malin avec une considérable réaction inflammatoire. Il est bien portant au bout de quatre ans.

°°°

Observation n°26 de W.A. MILNER et J.B. GILBERT

D.D... 53 ans, ressent une forte douleur de survenue brutale, instantanée; il est obligé de garder le lit. Il est admis trois semaines après ce début. Il est noté un accroissement important du volume du contenu scrotal, avec impossibilité de délimiter testicule et épididyme. La tumeur est grosse comme trois fois un testicule normal, et légèrement sensible.

Orchidectomie.

Histologie : carcinome embryonnaire avec petite plage hémorragique de 1,5 cm de diamètre au pôle inférieur, entre testicule et épididyme.

°°°

Observation n°27 de T. DELPORTE, dans Acta Urologica Belgica

Malade atteint de fièvre de Malte, chez qui on découvre une tuméfaction testiculaire ; celle-ci a d'abord été considérée comme une orchite brucellienne, alors qu'il s'agissait d'un tératome adulte (tumeur bénigne en règle, mais à considérer avec circonspection puisque, statistiquement, elle renfermerait 5 p.cent d'éléments chorio-épithéliomateux).

°°°

Observation n°28

Malade de 37 ans, traité au Val.
Début brutal en une nuit par des manifesta-

tions pseudo-inflammatoires et une importante tuméfaction de la bourse gauche. Cet accident survient au cours d'une épidémie d'oreillons et on porte le diagnostic d'orchite malgré l'absence de toute parotidite. Mais, au lieu de régresser, le testicule augmente peu à peu de volume, et huit mois plus tard, il est gros comme un poing, indolore, avec un épididyme normal.

Castration gauche en octobre 1954.

Histologie : séminome - Radiothérapie post-opératoire.

-:-

- IV -

POURQUOI CES CANCERS DU TESTICULE ONT-ILS UNE SYMPTOMATOLOGIE ATYPIQUE ?

-:-

a - Nous envisagerons d'abord une série d'observations où a été porté le diagnostic d'orchite ou orchi-épididymite aiguë. A cette catégorie répondent les observations n°s 1,2,3,4,5,11,12,13,14,15,25.

- Le malade n°1 est adressé au Dr. VETTERWALD avec le diagnostic d'orchite gauche ; en faveur de ce diagnostic plaidaient :

- le début soudain, qui s'oppose au développement habituellement insidieux de ce cancer, par une douleur, alors que les lésions cancéreuses testiculaires sont habituellement indolores, sournoises, latentes.

- un antécédent analogue datant de quelques mois qui avait réagi favorablement à la pénicilline

- la participation de l'épididyme et du cordon, gros et induré

- la présence de pus à l'examen histo-bactériologique.

Le malade est traité par la streptomycine. Sous l'influence du traitement, la masse diminue presque complètement. Le malade ras-

suré ne revient que sept mois plus tard parce que la masse scrotale a récemment repris du volume. Il est apyrétique, comme la fois précédente ; cette orchite est suspecte et fait proposer une exploratrice que le malade refuse.

Un nouveau traitement à la streptomycine fait diminuer la masse scrotale, mais douze jours plus tard, les limites demeurent imprécises.

Dans ce cas difficile, seuls pouvaient mettre sur la bonne piste :

- l'absence de température lors des poussées,
- l'absence de participation des voies génitales hautes explorées au toucher rectal,
- la réponse incomplète de la tuméfaction au traitement anti-infectieux.

- L'observation n°2 nous montre une "orchi-épididymite droite" pour laquelle l'erreur était due à une importante participation épididymaire et du cordon, et à la découverte de quelques irrégularités prostatiques ; il n'a peut-être pas été suffisamment tenu compte de l'absence de fièvre et de douleur au premier examen.

- L'observation n°3 est très en faveur d'une "orchi-épididymite", devant l'augmentation de volume semblant porter sur l'épididyme, et la douleur de survenue brutale, chez un malade subfébrile. Les seules notes un peu discordantes étaient fournies par :

- le toucher rectal négatif,
- les limites imprécises du testicule,
- surtout l'évolution sous traitement médical, ici terramycine et cortancyl ; le tableau clinique reste inchangé, d'où l'intervention qui s'imposait.

Dans l'observation n°4, il n'y avait probablement rien qui puisse faire suspecter le diagnostic au début : un tableau d'orchi-épididymite, chez un malade fébrile, qui réagit favorablement en quelques jours au traitement médical.

- L'observation n°5 nous montre que plusieurs mois ont été perdus en traitements médicaux, jusqu'à l'apparition de métastases pulmonaires. C'est la topographie au pôle inférieur du testicule, de cette induration, qui a trompé, et son caractère initialement douloureux, peut-être dû à la formation de plages hémorragiques intra-tumorales, ou à l'extension de la nécrose. Nous reviendrons plus loin sur ces points. Le caractère douloureux d'une zone testiculaire ne doit pas faire écarter l'hypothèse de tumeur maligne; c'est surtout le séminome qui est silencieux, indolore, alors que les tumeurs embryonnaires sont assez souvent douloureuses. HEBRARD et ROUFFILANGE, se basant sur l'importante étude statistique faite au Val, signalent que l'existence de douleurs survenant par intermittence se rencontre quatre fois plus souvent dans les dysembryomes que dans les séminomes.

- Observation n°11 : nous montre un chorio-épithéliome doublement trompeur.

- Les symptômes : début aigu, fébrile, douloureux, participation du testicule, de l'épididyme et du cordon, de la prostate,

- l'évolution fébrile et douloureuse, posant les problèmes d'épididymite et d'infarctus.

- L'observation n°12 nous montre que c'est l'absence de réponse au traitement anti-infec-

tieux qui fait corriger le diagnostic d'épididymite aiguë.

- Chez le malade n°13, une tuméfaction testiculaire fait faire le diagnostic d'orchite à cause de la fièvre, alors que quatre mois auparavant, un examen médical complet avait découvert une induration de ce testicule.

L'observation 14 nous montre une lourde faute : le malade avait signalé que la bourse ne revenait jamais à un volume normal, après les cures de thiazomide. Comme le fait remarquer l'auteur, on peut se demander si la lésion initiale n'avait pas été réellement une épididymite, en raison de sa sensibilité aux sulfamides et de l'évolution habituellement beaucoup plus rapide des chorio-épithéliomes. Mais, quand les sulfamides n'avaient plus prise sur la lésion, il aurait fallu faire une intervention exploratrice.

Par ailleurs, la recherche de prolans A et B aurait pu faire le diagnostic de ce chorio-épithéliome plus tôt, mais il faut reconnaître que les examens biologiques ne donnent pas de renseignements décisifs dans la majorité des cas.

Remarquons que l'hémiplégie est survenue neuf jours après la castration. Peut-être coïncidence, mais il est possible que cette nouvelle localisation ait été la conséquence d'un essaimage dû à la manipulation de la tumeur lors de l'intervention ; surtout dans le cas du chorio-épithéliome, dont les lacs sanguins peuvent déverser directement dans la circulation sanguine des éléments néoplasiques. Rappelons qu'il faut toujours examiner un testicule suspect de malignité avec

une douceur extrême, et que l'intervention doit commencer par la section première et haute du cordon.

Dans l'observation n°15, le tableau d'orchite droite est appuyé par un ecoulement urétral qui régresse sous antibiotiques. Fait particulièrement trompeur, mais le testicule reste gros et pesant, et ce point aurait dû commander l'exploration.

- L'observation n°25 est celle d'un cancer surinfecté; même l'intervention ne corrige pas l'erreur diagnostique, car l'incision libère un flot de pus. Le testicule est nécrotique. Seule l'histologie fait le diagnostic.

Il est intéressant, après avoir envisagé ces formes pseudo-inflammatoires, de considérer un instant à part celles qui sont vraiment aiguës, ayant tous les caractères d'une orchi-épididymite aiguë, et de citer les interprétations qui en ont été données.

COUVELAIRE les considère comme des "cancers d'une malignité toute particulière".

Les Lyonnais estiment que "ces cancers aigus sont habituellement des cancers d'une grande malignité".

D'après CHEVASSU, on peut observer, en début d'évolution surtout, des poussées nettement inflammatoires ; mais, en général, ces accidents s'apaisent pour laisser reprendre au cancer sa marche plus ou moins torpide.

CHEVALLEY, dans sa thèse de 1956, dit des formes débutant sous le masque d'une épididymite "qu'elles constituent souvent, de façon assez paradoxale, une période stationnaire

dans l'évolution maligne, et que c'est dans de telles formes qu'on a pu, dans un but didactique, décrire un stade de malignité enclose".

Il semble donc, en présence de ces opinions divergentes, qu'on ne puisse donner une interprétation valable dans tous les cas; certaines formes aiguës semblent bien d'évolution particulièrement rapide, alors que d'autres perdent leur symptomatologie aiguë, et évoluent comme les formes habituelles.

b - Dans les observations 6,7,8,9,10,19 et 24, l'erreur a été commise avec la tuberculose épididymo-testiculaire - la participation épididymaire et même celle du cordon, l'absence de signes aigus, des antécédents pulmonaires ou pleuraux, parfois l'altération de l'état général, peuvent aboutir à ce diagnostic.

- L'observation n°6 est celle d'un Nord-Africain, peut-être transplanté récent, qui avait reçu un traitement au P.A.S., interrompu par sa sortie de l'hôpital de Bobigny, au bout de trois semaines. On avait même noté une amélioration des douleurs.

- Dans l'observation n°7, la tuméfaction testiculaire indolore s'accompagne d'une participation épididymaire et d'un léger amaigrissement. Mais le malade n'a aucun antécédent urinaire, et a une prostate normale.

- Observation n° 8 : malade soigné pendant onze mois à l'INH, et ses troubles génitaux (douleur - augmentation de volume) rétrocèdent un peu, ce qui fait persévérer dans l'erreur, d'autant qu'il a des antécédents pulmonaires.

Il persiste en 1960 un noyau induré de la queue de l'épididyme. La symptomatologie reprend après l'arrêt de l'INH. Voici un cas tardivement dépisté, en raison de cette succession d'amélioration et d'aggravation des signes locaux coïncidant avec la prise et l'arrêt de l'INH.

- L'observation n°9 est celle d'un homme porteur de séquelles de pleuresie droite, et ayant une pollakiurie nocturne ancienne. La masse scrotale est sur le trajet de l'épididyme. Le traitement antituberculeux classique est entrepris et semble avoir une action sur la masse scrotale "qui se dessine mieux".

Seule l'histologie rétablit le diagnostic et oblige à réintervenir, pour exérèse large.

- Dans l'observation n°10, l'erreur est dûe au fait que "la tumeur testiculaire siégeait au pôle inférieur, à la partie postérieure, déplaçant l'épididyme et paraissant être un nodule épididymaire. La constatation sans doute erronée d'une lésion vésiculaire gauche y a contribué, cependant que l'examen cyto-bactériologique des urines était négatif et l'U.I.V. normale" (Pr. ABOULKER).

- Observation n°24 : l'erreur de diagnostic est parfaitement expliquée par les antécédents du malade : pleurésie et tuberculose épididymaire fistulisée du même côté.

c - Dans les observations n°s16,17,18, c'est la topographie du noyau néoplasique testiculaire, au pôle inférieur ou supérieur du testicule, qui fait croire à un noyau de

la queue ou de la tête épididymaire. Le problème doit être résolu, par un examen clinique particulièrement minutieux, ou au besoin par l'exploration. Le malade n°18 se savait depuis six ans porteur d'un noyau de la taille d'une petite cerise, qu'on avait étiqueté "épididymite chronique".

Mais nous savons que parfois, un petit noyau néoplasique intra-testiculaire placé au pôle inférieur peut, en se développant en arrière, soulever la queue de l'épididyme qui s'étire, devient méconnaissable; la tuméfaction peut alors être attribuée à l'épididyme.

Dans l'observation n°20, le chirurgien ne découvre aucune anomalie testiculaire au palper per-opératoire, et c'est seulement l'examen histologique du testicule qui montrera le nodule cancéreux dont seule était perceptible la propagation épididymaire.

d - Rappelons seulement le cas exceptionnel de la tumeur pédiculée du testicule, qui fait croire à un noyau de la queue de l'épididyme.

e - Les observations 22 et 23 nous offrent deux exemples de cancer testiculaire sur nodule aberrant. JENSEN rappelle que les cancers testiculaires en dehors du parenchyme gonadique sont bien connus, et l'on sait que des tumeurs testiculaires peuvent apparaître en n'importe quelle région de l'abdomen occupée pendant la vie embryonnaire par les testicules, mais de telles tumeurs descendent rarement avec les testicules.

Dans le cas qu'il rapporte (n°22), JENSEN suppose que la tumeur a dû apparaître de cette manière et avoir été assez intimement adhérente au testicule pour être descendue avec lui. Ces nodules aberrants intra-scrotaux sont exceptionnels.

f - L'observation n°26 nous montre un cancer latent, méconnu, dans lequel se forme brutalement une hémorragie intra-tumorale, responsable de la symptomatologie aiguë. Un auteur américain a recherché ces cas dans la littérature et en a trouvé 19 entre 1908 et 1950, c'est dire leur rareté. Ces hémorragies surviennent brutalement, souvent la nuit, se traduisent par une douleur à début soudain. La fièvre est absente, mais au bout de deux ou trois jours, on observe un léger état fébrile, une rougeur et un oedème de la peau scrotale. En général, épididyme et cordon sont augmentés de volume.

g - Les observations 27 et 28 nous posent le problème diagnostique particulier d'une tumeur testiculaire chez un sujet porteur d'une maladie infectieuse - n°27 : fièvre de Malte, qui fait croire à une orchite brucellienne; ou découverte pendant une épidémie d'oreillons - malade n°28, chez qui le début aigu se fait en une nuit.

h - L'anatomie pathologique peut-elle à elle seule expliquer certaines formes atypiques ? Les auteurs ont dit peu de chose sur ce point, se bornant en général à calculer les pourcentages des différentes formes histologiques.

Sur les vingt-cinq cas où nous avons au moins la notion de variété histologique, il

y a :

- séminomes : 11
- dysembryomes : 5 (excepté les chorio-épithéliomes)
- une tumeur contenant un mélange de ces 2 variétés : 1
- épithéliomas wolffiens : 3
- chorio-épithéliomes : 5

Remarquons le fort pourcentage de chorio-épithéliomes : 5 pour vingt-cinq; mais il est bien connu que le chorio-épithéliome a volontiers une symptomatologie aiguë.

- Sur les quinze observations où nous avons un compte-rendu histologique plus ou moins détaillé, nous trouvons dix fois des plages de nécrose très étendues au sein de la tumeur. Ce pourcentage nous semble élevé par rapport à l'ensemble des cancers du testicule.

L. QUENU rappelle, à propos des testicules durs, que si, à un stade précoce après la torsion du cordon spermatique, il existe des phénomènes d'oedème associés, donnant un tableau inflammatoire bien différent de celui du cancer du testicule habituel, il ne faut pas oublier que certains cancers du testicule prennent une allure évolutive aiguë ou subaiguë, du fait d'un infarctus intra-tumoral.

On voit donc que l'infarcissement et la nécrose étendus sont parfois capables de donner une symptomatologie aiguë, à tel point que le diagnostic peut se poser non seulement avec une infection, mais avec une torsion du testicule. L. QUENU rappelle à ce sujet qu'on a parfois trouvé un cancer

dans un testicule infarci supposé tordu.

Rappelons que le diagnostic de variété peut être quelque peu orienté par l'absence ou la présence de douleurs testiculaires, celles-ci étant plus fréquentes dans les dysembryomes que dans les séminomes.

Il n'y a guère que dans l'observation n°26 que l'histologie nous apporte une solution évidente : carcinome embryonnaire avec plage hémorragique de 1,5 cm de diamètre. Mais nous avons vu la rareté de ces cas.

-:-

- V -

QUE FAIRE POUR EVITER LES ERREURS ?

-:-

- Les moyens de diagnostic sont d'ordre clinique, évolutif, radiologique, biologique, chirurgical et histologique.

- Il est inutile de rappeler qu'un bon examen clinique, attentif et minutieux, de tous les éléments du contenu scrotal, tel que l'a codifié CHEVASSU, éviterait dès le départ un certain nombre d'erreurs.

Il faut palper soigneusement le testicule, examiné avec les doigts d'une main, cependant que les doigts de l'autre main l'immobilisent, et apprécier son volume, sa forme, ses contours, sa consistance, sa sensibilité.

- On doit pincer la vaginale, examiner l'épididyme dont on doit pincer la tête,

- vérifier que le cordon est normal, non induré, non augmenté de calibre, et retrouver parfois l'exagération des battements de l'artère spermatique,

- vérifier l'intégrité du contenu scrotal controlatéral,

- enfin explorer les voies génitales hautes par le toucher rectal et vérifier qu'elles sont indemnes.

- enfin, il n'y a pas de fièvre et, sauf à un stade avancé où le diagnostic est en principe sans difficulté, pas d'altération de l'état général.

Il faut aussi toujours penser à palper les seins à la recherche d'une gynécomastie, parfois retrouvée, parfois même motif de la première consultation, et s'enquérir de l'absence de signes urinaires.

Il arrive que l'examen soit gêné par un épanchement ou un épaississement de la vaginale. On peut s'aider alors de la transillumination, voire de la radiographie des bourses avec ou sans insufflation gazeuse. Quant à la ponction de la vaginale, certains auteurs la considèrent comme dangereuse, et l'accusent de pouvoir blesser le testicule et provoquer un essaimage de la tumeur.

Nous avons déjà vu que MELICOW insistait beaucoup sur l'intégrité du déférent, "the sign of the vas", comme signe d'appoint. Mais il est là aussi des cas avancés où le cancer infiltre le cordon, comme dans l'observation n°1.

Il est également des cas où l' épididyme est envahi à tel point qu'on ne peut différencier l'épididyme du testicule. On ne peut donc toujours pincer la tête de l'épididyme.

Par ailleurs les voies génitales hautes ne sont pas toujours indemnes de toute anomalie, le malade peut avoir des lésions de prostatite ancienne : dans notre observation n°2, on note une prostate un peu augmentée de volume, avec un petit noyau dur à droite ; dans l'observation n°11, le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de

volume (malade de 28 ans), et un peu douloureuse à droite.

L'apyrexie, faisant de cette orchite "une orchite sans fièvre", n'est pas constante non plus. Le malade de l'observation n°3 était subfébrile, l'observation n°11 nous montre un début par des douleurs, une tuméfaction et une température à 39°. La fièvre se retrouve dans les observations n°4 et 13.

L'absence de signes urinaires peut également se trouver en défaut. Dans l'observation n°1 nous notons un peu de pollakiurie et à l'examen histo-bactériologique des urines, du pus et des germes. Dans l'observation n°3, les urines contiennent des colibacilles. L'observation n°15 débute par un aspect d'orchite droite, avec écoulement urétral qui régresse grâce aux antibiotiques.

L'évolution sous traitement antibiotique de cette "orchite" nous fournit un argument capital, quoique d'interprétation délicate. En effet il ne faut pas se laisser leurrer par une régression de la douleur et de la tuméfaction sous l'influence du traitement anti-infectieux. Il faut être très exigeant sur la qualité des signes physiques et se méfier de toute persistance ou réapparition des douleurs, surtout de la persistance d'un certain degré de tuméfaction testiculaire, de toute imprécision dans la limitation des contours, de toute incertitude dans la délimitation du sillon entre testicule et épididyme, de toute induration persistante, après traitement anti-infectieux, et savoir proposer une intervention exploratrice. C'est ainsi que dans notre 1ère observation, la masse avait presque complètement diminué sous l'influence de la streptomycine. Lors de la deu-

xième poussée traitée de la même manière, la masse diminue, mais les limites entre épididyme et testicule demeurent imprécises. Dans l'observation n°3, l'intervention est proposée à juste titre, car après terramycine et cortancyl, l'aspect et les douleurs n'ont pas changé. Le malade n°11 est hospitalisé parce que, si la fièvre et les douleurs ont régressé sous antibiotiques, la tuméfaction persiste et les signes fonctionnels reprennent à l'arrêt du traitement.

L'observation n°14 est celle d'un gros testicule droit avec algies funiculaires, subissant des poussées ; à chaque fois une cure de thiazomide stoppait la douleur, mais la bourse ne revenait jamais à un volume normal. Dans l'observation n°15, l'écoulement urétral est stoppé par les antibiotiques, mais le testicule reste gros et pesant.

- La radiologie est susceptible de fournir des éléments diagnostiques. L'urographie intraveineuse montrant le refoulement de l'uretère supérieur par des adénopathies ; la radiographie gastro-duodénale montre parfois une déformation du cadre duodénal de face, ou le refoulement antérieur de la région antrale de profil. Un cliché thoracique recherche les métastases pulmonaires ou médiastinales.

Quel crédit doit-on accorder aux dosages biologiques ? Dans l'ensemble, on ne peut pas dire qu'ils ont été d'un grand secours dans le diagnostic des cas que nous avons cités.

La prolanurie B a une très grande valeur pour le diagnostic du chorio-épithéliome, quand elle est très élevée. Mais certains auteurs admettent que la positivité de la réaction de Brouha peut se rencontrer en pré-

sence de tumeurs bénignes ou malignes de tout autre viscère.

La prolanurie A est encore bien davantage sujette à discussions. Le résultat dépend de divers facteurs, recueil des urines totales de 24 heures, choix de la méthode d'extraction des prolans, réceptivité du lot de Souris, état physiologique momentané de la glande génitale du patient, qui font qu'il y a possibilité d'erreurs en plus ou en moins. La prolanurie A peut être normale chez un sujet porteur de cancer, inversement des taux très élevés font craindre l'apparition de métastases, ce que l'évolution ne confirme pas toujours. Il convient donc, bien sûr de rechercher systématiquement les valeurs des prolanuries A et B en cas d'incertitude de la clinique, mais de ne leur accorder qu'un intérêt relatif.

C'est ainsi que l'exploration chirurgicale revêt un intérêt considérable. Elle permet d'abord d'apprécier avec la précision maxima la topographie de la tuméfaction, ses contours, ses limites, sa consistance, les rapports entre testicule et épididyme. Elle fournit un autre argument sur lequel avait insisté CHEVASSU : la richesse vasculaire ; en effet, de nombreux vaisseaux sillonnent l'albuginée. Cet argument est d'une valeur considérable. Il n'est cependant pas absolu lui non plus. L. QUENU mentionne dans son exposé sur les testicules durs le cas d'un garçon de 15 ans où la scrototomie exploratrice fit soulever le diagnostic de cancer devant un "testicule petit, dur, présentant à sa surface de grosses veines"; or il s'agissait d'un testicule infarci à la suite d'une torsion du cordon.

On en arrive donc à conclure qu'il est des cas où le diagnostic de certitude ne sera fourni que par l'examen anatomo-pathologique.

Déjà l'aspect macroscopique peut orienter: le séminome sera typiquement homogène, lisse, régulier ; à la coupe il se présentera comme une tumeur homogène, de couleur jaune-rosé, cloisonnée par des bandes fibreuses ; le dysembryome sera irrégulier, bosselé, de consistance inégale, la coupe pourra montrer des zones dures cartilagineuses, et des poches kystiques.

Mais c'est l'examen microscopique qui apportera dans tous les cas la certitude du diagnostic de cancer et presque toujours le diagnostic de variété. La classique distinction entre séminome et dysembryome a en effet un intérêt considérable pour la discussion du traitement par les agents physiques, comme l'a montré BECLERE.

Signalons au passage que cette distinction peut dans une certaine mesure être prévue par l'analyse de la symptomatologie fonctionnelle. En effet, bien que la notion classique qui fait du cancer du testicule au debut une lésion insidieuse, sournoise, latente, à développement lentement progressif, sans attirer l'attention, soit toujours valable, divers auteurs ont insisté sur le fait que cette symptomatologie fonctionnelle répondrait surtout au séminome, alors que les dysembryomes donneraient des tuméfactions douloureuses dans un pourcentage non négligeable de cas.

C'est ainsi que, dans la série de 162 cas analysée par PELOT et HEBRARD, la douleur

était trois fois le symptôme d'alarme pour les 86 séminomes observés (soit 3,4 p.cent des cas), alors qu'elle l'a été 28 fois pour 56 dysembryomes (soit 50 p.cent des cas).

Dans les 165 cas analysés par CHEVALLEY, la douleur a été rencontrée 23 fois,

- soit 5 séminomes et
  18 dysembryomes

CHEVALLEY décrit ainsi cette douleur. sa nature est variable, mais la plus évocatrice est celle qui survient par crises douloureuses brèves, parfois avec irradiations, ailleurs sourdes avec paroxysmes. Son siège le plus évocateur est intra-testiculaire. Elle peut précéder pendant de longs mois toute lésion décelable. Mais un égal intérêt s'attache, surtout chez le sujet jeune, à une douleur de la fosse iliaque ou lombaire, car, bien souvent, elle précède de longtemps la découverte palpable ou radiographique d'une métastase ganglionnaire, et prend toute sa valeur si elle est associée à un gros testicule du même côté.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Les observations rassemblées dans le Service du Professeur Agrégé ABOULKER montrent l'importance de ces formes trompeuses, pseudo-inflammatoires, des cancers du testicule, les retards de diagnostic et la gravité particulière du pronostic qui en découle.

Ces observations, et quelques autres provenant d'autres auteurs, nous ont montré des cas traités pour :

- orchi-épididymite aiguë,
- épididymite chronique,
- orchi-épididymite tuberculeuse,

et les raisons de ces erreurs, très variées :

- examen trop rapide du contenu scrotal ou mauvaise technique d'examen,
- les classiques signes locaux aigus : rougeur, chaleur, douleur, oedème,
- des signes prostatiques,
- un mouvement fébrile,
- ou la présence de signes urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, écoulement urétral,
- une régression incomplète et transitoire de la douleur et de la tuméfaction scrotale, considérée à tort comme authentifiant
- l'orchite
- ou la topographie particulière de la lésion,

siégeant au pôle supérieur, ou surtout inférieur du testicule, et soulevant la queue de l'épididyme ou se propageant à elle,

- les cas exceptionnels de cancer pédiculé du testicule ; de nodules cancéreux de tissu testiculaire aberrant, en situation juxta-testiculaire ;

- la responsabilité d'une hémorragie intra-tumorale de survenue brutale,

- le nombre de cas analysés ne permet pas de préjuger de la responsabilité éventuelle d'une nécrose intra-tumorale très étendue.

Parmi les cas étiquetés épididymite tuberculeuse et traités comme tels, l'un était un malade traité depuis 18 mois par les antituberculeux classiques et opéré en mai 1962 par le Dr. VETTERWALD : c'était un cancer.

Remarquons qu'autrefois les cas douteux étaient plus facilement explorés et opérés, alors qu'actuellement la vogue des antibiotiques et la facilité avec laquelle on admet les diagnostics d'orchite ou d'épididymite entraînent des retards importants pour la scrototomie exploratrice et le traitement chirurgical.

Il faut donc insister encore sur :

- l'importance de ces formes trompeuses des cancers du testicule,
- sur l'importance d'un examen clinique attentif et soigneux,
- sur le peu de valeur des examens biologiques (dosage des prolans),

et tout particulièrement sur l'importance primordiale de l'exploration, avec biopsie

extemporanée au besoin, à chaque fois que le doute est permis, c'est-à-dire si l'aspect clinique n'est pas déterminant et si un traitement d'épreuve énergique (antibiotiques et corticothérapie) n'a pas entraîné une amélioration franche des signes fonctionnels et physiques.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : CORDIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- Le testicule dur - Infarctus ou nécrose.
L. QUENU

- Quelques causes d'erreur dans le diagnostic et le traitement des cancers du testicule.
M. CHEVASSU
Congrès Français de Chirurgie - 48e session
Paris 1945

- Evolution unilatérale d'un dysembryome testiculaire - Histogenèse et systématique du carcinome embryonnaire par GAILLARD -
Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer, tome 44

- Tumors of the testicle - SAVER - WATSON - BURKE -
Surgery, Gynecology and Obstetrics 86 - mai 1948, p.591

- "The sign of the vas" - A clinical aid in the differential diagnosis of tumor of the testis.
MELICOW
The urologie and cutaneous Review 53, n°12 décembre 1949, p.710

- Painful malignant tumor of testis with and without hemorrhage.
Journal of Urology 64 - nov.1950
W.A. MILNER et J.B. GILBERT

- Estudio de los tumores del testiculo - BENLLOCH,NAVARRO
Medicina espanola n°129 - décembre 1949
p.519

- Sarcome bilatéral du testicule - M. ALI ESREF GURSEL
Journal d'Urologie 57, p.82

- Tumeurs malignes du testicule
G. PELOT et H. HEBRARD
Journal d'Urologie 57, p.480

- Le cancer du testicule - Réflexions à propos de 8 observations par C. CHIPPAUX, A. HERVE, J.P. DELMOND
Journal d'Urologie 64, p.660

- Evolution fatale d'une tumeur du testicule négligée - Trépanation décompressive pour généralisation cérébrale par M.P. PERRUCHIO
Journal d'Urologie 55, p.389

- Les tumeurs du testicule - Etude anatomique, clinique et thérapeutique d'après une statistique de 140 observations par MM. J. CIBERT, J. PAPILLON, M. DARGENT, J.F. MONTBARBON et J.L. CHASSARD
J.U. 65, p.721

- Le traitement des tumeurs du testicule - Bases anatomo-cliniques, d'après une statistique de 140 observations.
Journal de Radiologie, d'Electrologie et de Médecine nucléaire. 40, p.368

- Les tumeurs du testicule. T. DELPORTE
Acta Urologica Belgica 26, 1958, p.215

- A propos de 11 cas de cancer du testicule par MM. J. LANGE et R. BALLANGER
Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest - avril 1952

- Malignant tumors of testis - HICKINBOTHAM
British J.O.U. 22 - 1950, p.87

- Testicular tumors : clinical data on 131 cases
C. RUSCHE
J.O.U. 68, 1952, p.340

- Testicular neoplasms : an analysis of 113 cases - D.A. CULP
J.O.U. 70 - 1953 - p.282

- Testicular tumors - O.J. JENSEN
The Journal of the American Medical Association 149, 1952, p.109

- Tumors of the testis : analysis of 80 cases. Gilbert, J. THOMAS et Arthur J. BISCHOFF
J.O.U. 72, p.411

- Problèmes diagnostiques et évolutifs des tumeurs malignes du testicule, thèse CHEVALLEY - Paris 1956

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercie de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-